

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 212

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE
des
ANNEXITES dans les FIBROMES UTÉRINS

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 10 Juin 1924

PAR

Mitra MIHAÏLOVITCH

née à LYONBOVIA (Serbie) le 13 Novembre 1896



LYON
Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ANNEXITES
DANS LES FIBROMES UTÉRINS

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 212

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE
des
ANNEXITES dans les FIBROMES UTÉRINS

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 10 Juin 1924

PAR

Mitra MIHAÏLOVITCH

née à LYONBOVIA (Serbie) le 13 Novembre 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

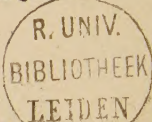
1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.



PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIOUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	X.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM. NOGIER.	MM. COTTE.	MM. CORDIER (V.).	MM. MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, président ; VILLARD, assesseur ;
PATEL et BONNET, agrégés.

Les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.
La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les

A MES PARENTS

Témoignage de mon affection et de
ma reconnaissance.

A MES SCEURS ET A MES FRERES

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en nous inspirant le sujet de cette thèse, dont il a bien voulu accepter la présidence. Nous lui exprimons aussi toute notre reconnaissance pour son enseignement utile et pour les bons conseils qu'il nous a toujours donnés avec une bienveillance qui lui est toute particulière. Nous nous permettons de le remercier pour les bons soins qu'il nous a prodigués et au cours desquels nous avons eu l'occasion une fois de plus d'apprécier cette grande âme de chirurgien et de maître. Nous le prions d'accepter ici le modeste témoignage de notre admiration et de notre gratitude.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET

Avec tous nos remerciements pour
l'aimable accueil et l'intérêt qu'il nous
a porté au cours de nos études.

A MONSIEUR DE ROUGEMONT

Interne des Hôpitaux

Nous lui sommes très reconnaissant
de son concours tout à fait précieux
apporté au cours de ce travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ANNEXITES
DANS LES FIBROMES UTÉRINS

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La fréquence des lésions annexielles au cours de l'évolution d'un fibrome est bien connue. Tous les traités classiques en font mention, et de nombreux travaux ont été consacrés à ce sujet.

Les uns ont cherché à fixer la nature des lésions et leurs proportions réciproques : le travail de Daniel est bien connu ; d'autres ont précisé certains points d'anatomie microscopique, et, ayant en vue ces formes d'annexites scléreuses, si banales, en ont étudié la structure et cherché à donner des explications pathogéniques. (Saintrot, *Thèse* Paris, 1907 ; Fabre, Montpellier, 1911.)

Nous ne voulons pas faire ici une liste bibliographique, mais, rappelant les tendances qui ont guidé les uns ou les autres, nous présentons notre point de vue, qui est différent.

Devaux, dans une thèse inspirée par Pozzi, a étudié les annexites au cours du fibrome, d'une façon clinique. C'est sur ce terrain que nous nous plaçons ; les annexites peuvent donner à l'histoire clinique une allure toute particulière. Souvent, elles amènent de véritables complications ; leur existence est à considérer, lorsqu'on discute les indications thérapeutiques, et doit entrer en ligne de compte dans le pronostic des suites opératoires : c'est ce que nous nous efforcerons de montrer, d'après une statistique personnelle de M. le Professeur Tixier.

CHAPITRE II

Observations.

Nous avons réuni un total de 105 observations, toutes dues à M. le Profeseur Tixier, et dont 63, sur lesquelles nous avons basé notre étude, ont été relevées dans son service, à l'Hôtel-Dieu. Des autres observations, 30 appartiennent à la clientèle privée de M. Tixier, et 12 ont été relevées dans le service de M. Villard, observations prises au moment où M. Pollosson occupait ce service, alors que M. Tixier le suppléait pendant son absence ; mais nous ne possédons aucun renseignement précis sur ces dernières, hors le diagnostic, le résultat et les suites opératoires, et nous ne ferons que les mentionner dans nos statistiques. Ici, encore, nous remercions notre Maître d'avoir bien voulu nous procurer ces documents indispensables à l'appui de notre thèse.

D'après le diagnostic clinique et les découvertes opératoires, nous avons classé nos observations en cinq catégories :

I. — Cas où les lésions annexielles ont été reconnues cliniquement et confirmées à l'opération (34 cas).

II. — Cas où les lésions annexielles ont été découvertes à l'opération (58 cas).

III. — Cas où le fibrome a été découvert à l'opération, alors que cliniquement on croyait uniquement aux lésions annexielles. (Obs. LV, LIX.)

IV. — *a*) Fibrome pédiculé ayant simulé annexite. (Obs. LVI.)

b) Fibrome intraligamenteux ayant simulé annexite.

V. — *a*) Annexite ayant simulé fibrome. (Observation LVIII.)

b) Fibrome et annexite ayant simulé : une tumeur de l'ovaire (Obs. LX) ; une tumeur de gros intestin (Obs. LXI, LXIII), ou une grossesse extra-utérine (Obs. LXII).

I

**Fibrome et annexite reconnus cliniquement
et confirmés à l'opération.**

OBSERVATION I (1907), page 105

Diagnostic clinique. — Fibrome et annexite. — A l'intervention, le diagnostic est confirmée.

Trente-quatre ans. Entre pour les pertes.

Réglée à 15 ans et régulièrement.

Ni enfant, ni fausse couche.

Il y a quatre ans, elle eut des pertes fréquentes. Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Actuellement, elle perd, 25 jours sur 30, des caillots noirs sentant mauvais. Traitement de radiothérapie. Trois séances de 20 minutes, à la suite une brûlure de troisième degré qui guérit au bout d'un an.

Pas de constipation.

Pas de troubles urinaires, pas de phénomènes de compression, pas d'albumine dans les urines.

A l'examen, inspection : Une voussure légère à gauche de l'abdomen.

Palper et toucher : Col petit, tumeur remontant jusqu'à l'ombilic et se mobilisant avec l'utérus. Elle est lisse et de consistance fibreuse. Douleurs du côté de l'annexe gauche.

Intervention : Castration totale.

Suite opératoire : Simples et la malade s'en va guérie.

OBSERVATION II (1907), page 499

Diagnostic clinique. — Utérus fibromateux et annexite. — A l'intervention : Fibromes du fond utérin. Salpingite interstitielle peu volumineuse.

Trente-sept ans. Entre parce qu'elle souffre du ventre et présente des troubles gastriques. On a fait le diagnostic de gastrite, puis de ptose rénale.

Réglée à 13 ans et régulièrement. Un enfant et 4 fausses couches. Pas de température à l'entrée.

Examen. Toucher. Le fond utérin hérissé de petites saillies dures et élastiques. L'exploration des annexes les fait sentir comme atrophiées.

Le lendemain d'un lavement rectale, la malade présente des douleurs du côté de l'annexe droit et une température de 38°8. Glace.

Intervention : Hystérectomie totale avec castration totale. Pfannestiel.

Suite opératoire : Légère poussée fébrile.

Guérison complète.

OBSERVATION III (1908), page 75

Diagnostic clinique. — Annexite gauche et fibrome du volume d'une tête d'enfant. — A l'intervention : diagnostic confirmé.

Trente-neuf ans. Entre pour la tumeur abdominale qu'elle a vue grossir depuis 18 mois. Réglée à 17 ans. Ses règles avançaient toujours de plus en plus et ces derniers temps même de 2 semaines, elles sont très abondantes.

Pertes blanches. Pas de constipation. Pas d'amaigrissement. Pas de troubles urinaires.

Examen. A l'inspection, on voit une tumeur dans la région hypogastrique. Par le toucher et palper, on voit que cette

tumeur appartient à l'utérus dont le col a conservé une certaine mobilité. On sent les lésions annexielles à gauche.

Intervention. Castration totale à l'américaine.

Suites opératoires : Petit infarctus au premier levé, mais sans épanchement.

Guérison complète.

OBSERVATION IV (1909), page 59

*Diagnostic clinique : Fibrome et annexite. — A l'intervention :
Diagnostic confirmé.*

Quarante-six ans. Entre pour douleurs abdominales. Scarlatine dans l'enfance. Péritonite à 26 ans. Réglée à 11 ans et régulièrement. Mariée à 17 ans. Sept enfants, dont 3 morts en nourrice. Pas de fausses couches. Depuis 9 ans, les règles sont irrégulières, douleurs à leur moment et pendant toute la durée.

Il y a un an, les douleurs ont diminué et les règles sont plus abondantes et contiennent des caillots. Il y a 18 jours, après les règles, elle ressentit une douleur dans tout l'abdomen, puis se localisant au bas-ventre du côté droit.

A l'entrée : température 39°9 et 37°9. Pouls 100. Abdomen souple, peu douloureux.

Toucher : à gauche, petit fibrome. A droite, grosse collation.

Intervention : Castration totale.

Suite opératoire : Simple.

Guérison.

OBSERVATION V (1912), page 34

Diagnostic clinique : Fibrome et annexite suppurée. — A l'intervention : fibromes multiples avec les annexes pleines de sang purulent.

Quarante-six ans. Entre pour douleurs abdominales. Réglée régulièrement, mais elles ont manqué deux fois.

Pas d'enfants, ni de fausse couche.

Pas de pertes blanches, ni de pertes en dehors des règles. Depuis quatre ou cinq ans, elle souffre du côté droit du ventre.

Examen : Palpation douloureuse. On sent une masse du côté droit.

Toucher : Col déjeté à gauche. Cul de sac droit bombé projeté par une masse comparable à la grosseur d'une noix de coco. Toucher douloureux.

Pleurésie et péricardite.

Actuellement, insuffisance mitrale.

Température : A l'entrée, 39°2. Constipation habituelle.

Intervention : Laparotomie médiane. Compresse dans la région pelvienne dans laquelle s'est développée une énorme masse champignonnière constituée par l'utérus fibromateux. Annexite double suppurée et de poches multiples de pelvi-péritonite suppurée. Utérus repéré par les pinces de Museux, la main passant derrière lui pour libérer les annexes, rompt une série de poches contenant du pus horriblement fétide. On pratique une large castration totale avec hystérectomie totale, puis péritonisation haute entre l'S iliaque et péritoine antérieur. On enlève l'appendice qui est entouré de fausses membranes suppurées.

Suite opératoire simple.

Guérison complète.

OBSERVATION VI (1919), page 25 (*Thèse de BURLATON*)

Diagnostic clinique : Fibrome et bride inflammatoire ayant pour point de départ les annexes gauches déterminant l'occlusion intestinale. (M. Tixier).

A l'intervention : diagnostic confirmé.

Cinquante et un an. Entre pour troubles intestinaux et douleurs abdominales. Il y a 15 ans qu'elle souffre du ventre et l'on peut diviser ce temps en deux périodes :

1° Douleur localisée pendant une ou deux fois dans la journée suivie d'émission de peau et de glaires et quelquefois de sérosité sanguine ;

2° Douleurs ont augmenté et les selles sont beaucoup plus fréquentes, 7 à 8 fois par jour.

Actuellement, teint pâle, amaigrissement et gros foie.

Toucher rectal négatif.

Toucher vaginal : utérus en antiflexion avec un petit fibrome. Weber négatif.

Radioscopie : Retard d'évacuation de bismuth du côlon.

Intervention : Laparotomie médiane. Hystérectomie totale. Anastomose latéro-latérale de l'iléon avec l'S iliaque au-dessous du point bridé.

Suite opératoire simple. Guérison.

OBSERVATION VII (1919), page 84

Diagnostic clinique : Fibrome et annexite. — A l'intervention :

On trouve un utérus bourré de petits fibromes sous-séreux et douteux. — Annexite bilatérale et ovaire droit kystique.

Quarante-cinq ans. Entre pour douleurs sous forme de crises violentes abdominales.

Un enfant et pas de fausses couches.

Il y a 4 ans, salpingite gauche ayant nécessité trois mois de repos au lit et soignée par les injections chaudes. Depuis ce temps, les règles surviennent tous les 15 jours. Il y a un an, une hémorragie durant 40 jours qui s'arrêta pendant 17 jours, puis de nouveau dura 10 jours. Amaigrissement de 10 à 12 kilos.

Toucher : Col volumineux et dur. Utérus fibromateux. Cul de sac latéral gauche empâté et douloureux. Hémorragies répétées depuis plusieurs semaines.

Intervention : Pfannestiel, hystérectomie totale.

Examen de la pièce : Fibrome sous-séreux. Infiltration massive de toute la paroi utérine d'une muqueuse bourgeonnante.

Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION VIII (1919-20), page 71

Diagnostic clinique : Utérus fibromateux et annexite. — A l'intervention : Utérus fibromateux et hydrosalpinx double. — Epiploon couvre l'utérus et adhère à une énorme vessie à parois hypertrophiées.

Quarante-un ans. Il y a 4 jours, rétention brusque d'urine avec douleurs au bas-ventre.

Variole à 18 mois, A 8 ans, insicion d'une adénite sous-maxillaire.

Réglée à 15 ans et régulièrement. Ni enfant ni fausses couches. Pertes blanches. Il y a 7 mois, caillots à la fin de menstruation et quelques douleurs dans la région lombaire et au bas-ventre. Pas de troubles urinaires, mais il y a 4 jours rétention brusque. On la sonde et l'on retire 3 litres d'urine. Depuis, urine toute seule et n'a plus de douleurs.

Toucher : Gros utérus fibromateux, dont le fond est à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic. Cul-de-sac gauche douloureux. Annexite probable.

Intervention : Incision médiane sous-ombilicale. Libération des adhérences vésicales. On pratique une hystérectomie totale. Sonde à demeure dans la vessie.

Suites opératoires simples. Guérison.

OBSERVATION IX (1919-1920), page 113

Diagnostic clinique : Fibrome et annexite. — A l'intervention : Utérus très volumineux fibromateux et des deux côtés, deux kystes dans le ligament large. — Hématosalpinx.

Quarante ans. Une fausse couche. Trois crises douloureuses d'annexite ou de péritonite dans l'intervalle de quatre à six ans.

Intervention : Incision médiane, Hystérectomie totale.

Examen de la pièce : Utérus gros, fibromateux. Il existe de chaque côté une tumeur kystique dans le ligament large et appendue à la face inférieure de la trompe. Cette masse est remplie de liquide clair et porte elle-même d'autres petits kystes dans sa paroi. Au-dessus, la trompe est bouchée et remplie de liquide hématique. A l'extrémité du pavillon, on trouve une cavité kystique contenant du liquide hématique.

Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION X (1921), page 125

Diagnostic clinique : Fibrome et annexite gauche. — A l'intervention : Fibrome fixé à la paroi du pelvis et à gauche une salpingo-ovarite à forme scléreuse et fortement adhérente à l'S iliaque.

Quarante-trois ans. Il y a un an, douleur dans les fosses iliaques. M. Tixier fait le diagnostic d'annexite bilatérale.

Réglée à 15 ans et régulièrement. Un enfant et pas de fausses couches. Depuis 15 ans, troubles dyspeptiques. Poclakyurie et pertes abondantes depuis plusieurs années. Amaigrissement.

Intervention : Pfannestiel. On pratique l'hystérectomie totale.

Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION XI (1921), page 220

Diagnostic clinique : Utérus gros, adénomyme. — Salpingite droite. — A l'intervention : Utérus gros violacé. — Il existe un petit fibrome du fond. — Lésions annexielles à droite.

Trente-six ans. Entre pour les douleurs abdominales.

Réglée à 11 ans, mariée à 16 ans. A 25 ans, abondantes pertes blanches et douleurs à la mixion. Une fausse couche

de trois mois et demi, et depuis douleurs au moment des règles. Constipation et rareté des urines, mais pas d'albumine.

Toucher : Utérus irrégulier à grosses cornes volumineuses, plutôt atteint de métrite parenchymateuse. Salpingite droite.

Intervention : Pfannestiel. Hystérectomie totale avec conservation de l'ovaire gauche. Péritonisation basse.

Suites opératoires : le lendemain de l'opération, la température monte ainsi que le pouls et va en augmentant jusqu'au cinquième jour où la malade meurt. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XII (1921), page 287

Diagnostic clinique : Fibrome avec annexite. — A l'intervention : Fibrome assez gros caché sous le pubis et couvert d'un repli péritonéal qui lui donne l'apparence d'être sous-séreux. Adhérence avec l'anse sigmoïde et l'annexe gauche. — Péritonite enkystée. — Gros ovaires remplis de liquide hématique. Hydrosalpinx gauche.

Quarante-deux ans. Entre pour troubles gastriques qui datent d'un an. Régulée à 15 ans. Fièvre typhoïde à 17 ans. Deux jumelles.

Toucher : Gros utérus fibromateux. Col dur. Petit fibrome antérieur de l'isthme. Masse fibromateuse de la corne droite avec petit polype. Douleur lorsqu'on mobilise l'utérus à droite.

Intervention : Pfannestiel. Hystérectomie totale avec castration totale.

Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION XII (1921), page 304

Diagnostic clinique : Gros fibrome gauche largement pédiculé et annexite gauche. — A l'intervention : diagnostic confirmé et il existe des adhérences entre col et annexe gauche.

Cinquante-un ans. Entre pour fibrome. Régée à 13 ans et n'a pas eu de ménopause. Règles abondantes et toujours douloureuses. Deux enfants.

Toucher : Col dur. Utérus, fond, paraît dévié à droite. Gros fibrome gauche pédiculé. Annexes non perçus, mais douleur à gauche.

Intervention : Hystérectomie totale.

Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION XIV (1921), page 318

Diagnostic clinique : Utérus gros, allongé. Tuméfaction de l'annexe gauche. — A l'intervention : Utérus fibromateux. Hydrosalpinx droit remontant le long du cæcum. Kyste de l'ovaire droit.

Quarante-sept ans. Entre pour douleurs abdominales qui durent depuis quelques mois. Régée à 11 ans. Mariée à 20 ans. Ni enfants ni fausses couches. Pas de pertes blanches ni de pertes dans l'intervalle des règles.

Toucher : Utérus gros, allongé, vertical, médian et repoussé en avant. Dans le Douglas, une tuméfaction pseudo-fluctuante. Annexite gauche. A droite, rien.

Intervention : Pfannestiel. On pratique de droite à gauche une salpingectomie droite, ablation de l'ovaire gauche qui est coiffé de méso-côlon et on fait une hystérectomie totale. Péritonisation basse.

Suites opératoires : Bronchite bilatérale. Guérison et la malade est revue en bon état.

OBSERVATION XV (1922), page 175

Diagnostic clinique : Gros utérus fibromateux et annexite gauche. — A l'intervention : Hydro-hématosalpinx. Gros fibrome.

Trente-trois ans. Vient pour fibrome et annexite. Une fausse couche. Un accouchement sans incident, mais douleurs, durant pendant trois jours. L'involution utérine se faisait mal.

En 1914, arrêt des règles pendant deux mois.

Pas de température.

En 1918, perdait des caillots. Douleurs pollakiurie nocture. Rétention diurne. Cette année, des crises abdominales douloureuses, avec température 39°. Au bout de dix jours, pertes très abondantes avec caillots. Pertes blanches et constipation.

Examen. Palper révèle une masse dure et cordiforme. Sentie dans l'isthme un peu au-dessous de l'ombilic.

Toucher : Col mobilisable avec la masse abdominale. Toucher en ciseau, Douglas n'est pas libre et la mobilisation de la masse se transmet à la face antérieure du rectum.

Intervention : Hystérectomie abdominale totale. Péritonisation basse.

Suites opératoires simples. Guérison.

OBSERVATION XVI (1922), page 98

Diagnostic clinique : Utérus fibromateux avec annexite ayant déterminé une poussée de pelvi-péritonite. — A l'intervention : Gros utérus atteint de métrite parenchymateuse avec des petites adno-myomes. Infection des annexes.

Quarante-trois ans. Entre pour une violente crise abdominale douloureuse, accompagnée de température élevée.

Péritonite bacillaire à 4 ans.

Règles à 14 ans et toujours douloureuses. Pertes blanches précédant les règles. Neuf grossesses dont six fausses couches de deux à trois mois. Trois accouchements normaux, dont un enfant vivant.

Au moment des dernières règles, crise douloureuse et température 40°. Nausées, mais accalmie par la glace. Constipation opiniâtre.

Toucher : Gros utérus en rétroversion. Annexite gauche ayant déterminée une poussée de pelvi-péritonite.

Intervention : Pfannestiel. Castration totale. Libération des adhérences entre utérus et annexes et l'S iliaque.

Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION XVII (1923), page 183

*Diagnostic clinique : Fibrome et annexite. — Intervention :
Fibrome trilobé. Annexite avec pelvi-péritonite.*

Trente-huit ans. Vient pour métrorragie et douleurs.

Rougeole, scarlatine et angine diphtérique dans l'enfance. Régulée à 12 ans régulièrement. Mariée à 18 ans. Un enfant mort-né. Pas de fausses couches.

Depuis deux ans, pertes rouges abondantes entre les règles. Leucorrhée et douleurs.

Toucher : Col bloqué contre la symphyse. Utérus fibromateux et horizontal bloqué dans le pelvis et surmonté à droite d'un polype fibreux.

Remonte à deux travers de doigt en dehors de l'ombilic. Dans le Douglas et à gauche, annexite.

Intervention : Pfannestiel. Hystérectomie totale.

Suite opératoire simple. Guérison.

II

Annexites découvertes à l'opération.

OBSERVATION XVIII (1906), page 39

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Fibrome et annexite.

Quarante-six ans. Entre pour douleurs abdominales datant depuis quelques jours et surtout occasionnées par la fatigue.

Toucher : On sent une grosseur au fond de l'utérus du volume d'un poing.

Intervention : Hystérectomie abdominale totale.

Suite opératoire normale. Guérison.

OBSERVATION XIX (1908), page 17

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Fibrome et hydrosalpinx.

Quarante-cinq ans. Entre pour pertes rouges. Régliée à 12 ans, régulièrement. Un accouchement normal. A 44 ans, une perte abondante pendant 5 mois avec des caillots. Une deuxième perte de 2 mois et une troisième de 2 mois et demi, puis réglée régulièrement, mais peu et de nouveau pertes avec des caillots.

Amaigrissement, pas de douleurs.

Toucher : col regarde en arrière, cul-de-sac libre. Utérus gros, mobile, à deux travers de doigt au-dessus du pubis. Urine contient de l'albumine.

Intervention : Incision médiane. Hystérectomie totale.

Suite opératoire simple et guérison.

OBSERVATION XX (1908), page 57

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Utérus fibromateux. Pyosalpinx adhérent aux anses intestinales.

Cinquante-et-un ans. Entre pour pertes datant depuis six jours. Réglée à 17 ans et régulièrement.

Il y a quelques mois, cessation des règles, mais elle perdait depuis six jours abondamment. Douleurs au bas-ventre. Température 38°, 39°5. Constipation rebelle.

Palper : L'utérus remonte jusqu'à l'ombilic.

Toucher : Utérus augmente de volume. A droite, la corne est molle et souple et donne l'impression d'un fibrome à évolution maligne. A gauche, et en avant, un petit corps dur.

Intervention : Hystérectomie abdominale totale.

Suites opératoires : Le lendemain, température 40°5. Décès au bout de deux jours.

Autopsie : Congestion de la base droite. Bronchopneumonie à la base gauche. Pas de signes de péritonite.

OBSERVATION XXI (1908), page 108

Diagnostic clinique : Fibrome de volume de tête d'adulte. — A l'intervention : Fibrome. Kyste intraligamenteux gauche et salpinx suppuré droit.

Quarante-six ans. Entre pour pertes rouges et douleurs abdominales. Réglée à 12 ans et régulièrement. Un accouchement normal, pas de fausses couches. A 24 ans, une opération à la Charité par voie vaginale.

Elle avait des pertes blanches et de la cuisson à la miction. Depuis, les douleurs persistent et augmentent par la fatigue. Les règles sont plus abondantes, mais régulières et contiennent toujours des caillots. Il y a un mois et demi, elle eut une perte plus abondante qui la força à s'aliter. Pas d'amaigrissement.

Toucher : Col contre le pubis. Cul-de-sac droit libre. Douglas et cul-de-sac gauche occupés par une masse dure.

Au palper combiné, masse mobile et remonte jusqu'à l'ombilic, mais sans fluctuation.

Intervention : Incision médiane et castration totale.

Suites opératoires : Une arthrite sèche de l'épaule guérie par l'immobilisation.

Guérison.

OBSERVATION XXII (1908), page 110

Diagnostic clinique : Gros fibrome. — A l'intervention : Fibrome et annexite.

Quarante ans. Entre pour douleurs abdominales survenues il y a 6 jours. Réglée à 20 ans et a toujours beaucoup perdu et avec des caillots. Pas d'enfants.

A 34 ans, un accident de tram. Est traitée dans le service de M. Jaboulay, on lui mit de la glace sur le ventre. On lui proposa une intervention qu'elle refusa. Au bout d'un mois, elle se fit opérer à la Charité par la voie vaginale. Pertes blanches. Pâleur, amaigrissement. Ventre ballonné et dur. Constipation et oligurie.

Toucher. On sent en avant une masse arrondie et en avant de cette masse le col.

Palper combiné. Masse est dure, mobile et remonte jusqu'à l'ombilic. Intervention. Hystérectomie totale.

Suites opératoires simples et guérison.

OBSERVATION XXIII (1908), page 167

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Fibrome comprenant la vessie et hydrosalpinx latéral.

Trente-huit ans. Entre pour fibrome. Réglée à 13 ans régulièrement. Un accouchement normal. Il y a 2 ans, syphilis. Il y a trois mois, rétention aiguë d'urine et fut obligée de se

sonder ; à cette occasion on trouva le fibrome. Constipation habituelle.

Toucher : Fibrome de volume de tête d'enfant, douloureux, sans perte aucune.

Intervention : Hystérectomie totale.

Suite opératoire simple et guérison.

OBSERVATION XXIV (1909), page 131

Diagnostic clinique: Fibrome. — A l'intervention : Fibrome et hydrosalpinx doubles

Quarante ans. Entre pour une tumeur abdominale. Rougeole et fièvre muqueuse à 10 ans. Réglée à 15 ans et régulièrement. Deux accouchements sans incident. Il y a 6 mois, les règles sont plus abondantes et irrégulières. En même temps, son ventre grossit. Plus tard, des pertes dans l'intervalle des règles. Pertes blanches. Mictions plus fréquentes, Pas de douleurs. Amaigrissement.

Palper : Ventre gros. Tumeur dure médiane. Pas de fluctuation.

Toucher : Col normal. La masse dépend de l'utérus, elle est mobile par la palpation.

Intervention : Pfannestiel. Hystérectomie totale. Drainage vaginale.

Suites opératoires normales. Guérison.

Examen histologique : Fibrome œdémateux en évolution, muqueuse hémorragique.

Le 14 mai 1914, malade revue en bon état.

OBSERVATION XXV (1909), page 165

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Fibrome. Pyosalpinx gauche adhérent à l'S iliaque et à la vessie. Une poche de pelvi-péritonite.

Quarante-quatre ans. Entre pour douleurs abdominales datant depuis 2 mois. Perdu deux fois rouge, un peu blanc. Ni enfant, ni fausse couche.

Intervention : Pfannestiel. Hystérectomie totale. Libération des adhérences.

Suites opératoires simples et guérison.

OBSERVATION XXVI (1909), page 204

Diagnostic clinique : Fibromes interstitiels nombreux. — A l'intervention : Fibrome avec polypes proliférants de la muqueuse. Hydrosalpinx volumineux gauche. Un peu de liquide dans le péritoine.

Soixante-deux ans. Entre pour pertes et douleurs abdominales. Réglée régulièrement. Ménopause à 45 ans. Pas de passé gynécologique. Il y a un mois qu'elle perdait peu, mais continuellement. Pas de douleurs mais amaigrissement.

Palper : Grosse tumeur remontant en haut et limitable, sans douleur. Pas de troubles urinaires.

Toucher : Cul-de-sac libre et souple. Utérus antéfléchi et bourré de fibromes interstitiels.

Intervention : Laparotomie médiane. On constate une petite production kystique dans tout le grand épiploon de couleur citrine. Hystérectomie totale.

Examen de la pièce : Enorme fibrome appendu à la face postérieure de l'utérus.

OBSERVATION XXVI (1909), page 281

Diagnostic clinique : Fibrome et pelvi-péritonite. — A l'intervention : Fibrome et pyosalpinx gauche. Adhérence à l'S iliaque. — Nombreux kystes dans le péritoine.

39 ans. Entre pour une tumeur abdominale.

A 11 ans, coliques très violentes. Réglée à 16 ans régulièrement mais très abondamment. Une grossesse à 27 ans,

enfant né à 8 mois. Il y a 5 jours, douleurs violentes dans le ventre, pas de troubles urinaires, ni de constipation. Amaigrissement.

Examen. — Palper : tumeur énorme soulevant l'abdomen, dure et douloureuse.

Toucher : Gros fibrome. A gauche, annexe douloureux. En arrière, pelvi-péritonite.

Intervention : laparotomie médiane. Libération des adhérences. Hystérectomie totale. Fermeture totale.

Suites opératoires : Pendant 6 semaines, température à grandes oscillations mais sans foyer de localisation. Guérison.

OBSERVATION XXVIII (1910), page 42

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Fibrome et annexite double.

Trente-sept ans. Entre pour les douleurs abdominales. Régulée à 13 ans régulièrement. Fièvre typhoïde à 19 ans. Une fausse couche. Douleurs abdominales depuis deux mois. Pertes dans l'intervalle des règles et amaigrissement. Pas de pertes blanches.

Examen sous anesthésie. — On découvre un fibrome et depuis, elle a une hémorragie abondante. On place une pince de Pollosson.

Intervention : Hystérectomie totale.

Suites opératoires excellentes. Guérison.

22 mai 1918, malade revue en bon état.

OBSERVATION XXIX (1910), page 73

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Fibrome, annexite et pelvi-péritonite adhésive.

Quarante-cinq ans. Entre pour fibrome. Début, il y a trois mois, les règles sont devenues irrégulières et contiennent des caillots. Elle prend d'hydrastis et les injections à 45° et tout

revient à l'état normal jusqu'il y a quelques jours. Pas de douleurs ni de troubles gastriques.

Examen. — Toucher : Gros fibrome du corps. Utérus dévié à droite et remonte jusqu'à l'ombilic. Rien aux annexes.

Intervention : Hystérectomie totale.

Suites opératoires : le lendemain de l'opération, accident pulmonaire, température, puis crachats sans caractère. Gros râles de bronchite. Auscultée à la base droite ; ponction ramène un liquide louche. Décès au bout de 10 jours.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXX (1910), page 232

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Fibrome avec annexite prédominant à gauche.

Quarante-six ans. Entre pour douleurs abdominales. Réglée à 12 ans régulièrement. Mariée à 25 ans et deux accouchements normaux. Pas de fausse couche.

Après sa dernière couche, tuméfaction du ventre et la gêne de marcher. Au bout de 18 mois, tout revient à l'état normal. Il y a 17 mois, difficulté d'uriner à cause de prolapsus utérin, puis disparition des règles pendant quelques mois à la suite de quoi elle prit une hémorragie abondante accompagnée de douleurs.

Examen. — Palpation : On sent des tumeurs arrondies et remontant à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

Toucher : Col entr'ouvert. Masse peu mobile et perceptible dans le cul-de-sac. Doigt ramène des caillots. Adénopathie généralisée. Urine : léger disque d'albumine. Anorexie. Température 39°.

Au cathétérisme de la vessie, on reconnaît que la vessie est attirée haut sur la face antérieure de l'utérus.

Intervention : Pfannestiel. Hystérectomie à l'américaine. L'utérus monte mal, car fibrome est très enclavé en arrière.

Suites opératoires : le deuxième jour, anurie complète. On recoud, ligature d'uretère et on fait sonder la malade après

cystoscopie des deux côtés, Sonde urétérale arrêtée. On espère simple couture. Continuation des mêmes phénomènes avec urémie progressive.

Le cinquième jour, néphrostomie droite. Mort.

A l'autopsie, de deux côtés, une plicature de deux uretères qui a déterminé l'anurie.

OBSERVATION XXXI (1911), page 83

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Fibrome avec annexite.

Quarante-un ans. Vient pour les troubles menstruels, datant depuis trois ans et accompagnés de douleurs lombaires.

Examen. — Toucher : Col difficile à atteindre. Utérus volumineux et dur.

Intervention : Pfannestiel. On aperçoit l'épiploon adhérent au sommet du ligament large et chose exceptionnelle à tout le fond utérin. Hystérectomie totale. Fermeture totale.

Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION XXXII (1910), page 265

Diagnostic clinique : Utérus fibromateux et néo du col. — A l'intervention : Fibrome et hydrosalpinx bilatéral. Pelvi-péritonite.

Quarante-et-un ans. Entre pour douleurs et pertes datant depuis trois mois. Réglée à 14 ans régulièrement. A 18 ans, un enfant de 8 mois qui meurt. Pas de fausses couches. La maladie a débuté par les douleurs aux reins et au bas-ventre, sans irradiations et en même temps les pertes avec les caillots. Troubles digestifs et amaigrissement.

Examen. — Palper. Tumeur dans la fosse iliaque.

Toucher : Montre qu'elle fait corps avec l'utérus dont le volume est très augmenté, col dur et bourgeonnant à

gauche et en arrière. Cul-de-sac droit libre, douleurs à gauche, le doigt ne ramène pas de sang. Température 37°8. Pollakiurie nocturne.

Intervention : Pfannestiel. A l'ouverture du ventre, on voit que le fond utérin est rétracté par une bride de pelvi-péritonite. Hystérectomie totale.

Suites opératoires : Rétention urinaire. Œdème des membres inférieurs. Disparition de ces dernières par le sondage et le lavage de la vessie. Guérison.

OBSERVATION XXXIII (1910), page 273

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Fibrome et annexite.

Quaranté-cinq ans. Entre pour troubles urinaires datant depuis un an. Pas de passé gynécologique. Constipation et quelques douleurs dans la fosse iliaque droite.

Examen. — Par le palper, et le toucher, on découvre une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, elle est assez régulière.

Intervention : Hystérectomie totale. Fermeture totale.

Suites opératoires : Phénomènes de pleurésie qui disparaissent au bout d'une semaine, la malade s'en va guérie.

OBSERVATION XXXIV (1911), page 41

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Fibrome et annexite ancienne bilatérale. Adhérence épiploïque au fond utérin et au ligament large.

Quarante-un ans. Entre pour les pertes et douleurs lombaires qui ont débuté il y a 3 ans. Pertes blanches abondantes.

Examen. — Col difficile à atteindre. Utérus volumineux et dur.

Intervention : Castration totale. Péritonisation haute entre lambeau péritonéale et franges coliques. Fermeture totale.

Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION XXXV (1911), page 99

Diagnostic clinique : Utérus fibromateux. Hernie crurale gauche. — A l'intervention : Fibrome et annexite double avec à gauche des adhérences à l'S iliaque.

Trente ans. Réglée à 15 ans. Un accouchement normal, pas de fausses couches. Depuis son mariage, infection génitale, les règles deviennent plus longues et douloureuses.

Examen. — Toucher : Col allongé et dur. Utérus douloureux et à 8 centimètres au-dessus du pubis.

Intervention : Pfannestiel. Premier temps : Cure radicale de la hernie crurale. Deuxième temps : Castration totale.

Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION XXXVI (1912), page 185

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Fibrome hématosalpin double et pelvi-péritonite. Adhérences à l'S iliaque.

Trente-huit ans. Entre pour fibrome. A eu des pertes il y a 5 ans, puis elles ont cessé et de nouveau il y a trois mois, elles ont apparu contenant des caillots. Amaigrissement.

Examen. — Par le palper : on sent au-dessus du pubis une tumeur dure et douloureuse.

Toucher : Col allongé et dur. On sent une masse que la paroi antérieure de l'utérus.

Intervention : Pelvi-péritonite intense bloquant ensemble la vessie, l'utérus et les annexes, le Douglas et l'S iliaque. On libère les adhérences et on fait l'hystérectomie totale.

Examen de la pièce : Fibromes multiples. Col fibreux atteint d'endométrite cervical.

Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION XXXVII (1912), page 258

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Fibrome et hydrosalpinx double.

Trente-neuf ans. Entre pour affection génitale. A 21 ans, salpingite double. Ni enfant, ni fausse couche. Règles toujours très abondantes et douloureuses.

Examen : Abdomen douloureux dans la région ovarienne.

Toucher : On sent l'utérus gros.

Palper combiné : A droite et à gauche une masse molle et volumineuse. Température 37°5.

Intervention : Pfannestiel. Hystérectomie totale. Fibrome en forme de topinambour. Fermeture totale.

Suites opératoires : Absès de la paroi au bout de 23 jours de l'opération. Guérison.

OBSERVATION XXXVIII (1912), page 306

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Fibrome enclavé dans la cavité pelvienne. — Annexite et pelvi-péritonite. — Adhérence par-dessus l'utérus, entre la vessie et les anses intestinales. — Polypes muqueux du col.

Quarante-quatre ans. Entre parce qu'urine souvent et présente accès de rétention d'urine. Rougeole et anémie dans l'adolescence. Pas de passé gynécologique. Il y a 6 mois, polakiurie, surtout au moment des règles. Il y a 3 semaines, rétention d'urine ; elle a dû se sonder et, en ce moment, on diagnostiqua le fibrome.

Toucher : Col dur et rejeté à gauche. Utérus globuleux et enclavé dans le Douglas. Les annexes sont normaux. Léger disque d'albumine.

A l'intervention : Pfannestiel. Castration totale.

Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION XXXIX (1913), page 84

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Utérus fibromateux. Kyste de l'ovaire tordu à gauche. Hematosalpinx à droite.

Quarante-un ans. Entre pour fibrome. Un accouchement sans incident et une fausse couche. Depuis 6 ans, troubles des règles, d'abord en leur abondance et puis irrégularité. A l'entrée, anémie prononcée. Constipation opiniâtre. Météorisme.

Examen. — Toucher : Vagin très long. On atteint mal les culs-de-sac.

Palper : Grosse tumeur abdominale, mobilisable avec l'utérus.

Intervention : Laparatomie médiane. Castration totale. On sort kystes sans le ponctionner.

Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION XL (1913), page 92

Diagnostic clinique : Tumeur utérine. — A l'intervention : Fibrome tête de fœtus adhérent à l'épiploon et surmontant le fond utérin. Pyosalpinx et pelvi-péritonite.

Trente-cinq ans. Entre pour fibrome. Réglée à 13 ans et régulièrement. Un accouchement normal. Pertes blanches et quelques douleurs au bas-ventre.

Examen. — Palper : On sent une tumeur dans la profondeur et à droite, non douloureuse.

Toucher : Col petit et entr'ouvert, basculé en bas et en arrière.

Avec le palper combiné, on sent l'utérus en antéversion. Il est gros et occupé par une tumeur bien dure.

Toucher non douloureux.

Intervention : Pfannestiel. Fibrome tête de fœtus tout entier recouvert par l'épiploon, qui est adhérent à la face antérieure de l'utérus jusqu'au fond de la vessie, qui est attirée en haut. Section de pédicule épiploïque, ce qui dégage l'uté-

rus. Le fibrome surmonte comme un gros champignon le fond utérin. Pédicule petit, mais non tordu. Hystérectomie avec castration totale. Annexite bilatérale.

A la coupe du fibrome : Série de petits foyers nécroïque suppurant en plein tissu fibromateux. (Pièces présentées par M. Murard, à la Société Médicale, le 23 avril 1913.)

Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION XLI (1913), page 148

Diagnostic clinique : Fibrome sous-séreux. — A l'intervention : Fibrome multilobé, constitué par la série de masses sous-séreuses et pédiculées. Ascite. Hématosalpinx double.

Quarante-cinq ans. Entre pour fibrome utérin. Réglée à 12 ans, puis les règles disparaissent jusqu'à 14 ans, depuis, régulières. Un accouchement normal. Pas de fausses couches. Il y a un an, douleur dans le ventre. Pas de pertes blanches, ni rouges en dehors des règles.

Examen. — Palper : Tumeurs multiples dans la partie inférieure de l'abdomen.

Toucher et palper : Les mouvements des tumeurs se transmettent à l'utérus.

Intervention : Pfannestiel. Castration totale avec hystérectomie totale.

Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION XLII (1913), page 207

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Fibrome pédiculé sous-séreux en état de nécroïose. Au-dessous, kyste de l'ovaire droit.

Trente-quatre ans. Entre pour fibrome. Chlorose à 14 ans. Réglée à 11 ans et régulièrement. Pas d'enfant. Une fausse couche et fibrome diagnostiqué à ce moment-là. Ni pertes blanches ni rouges en dehors des règles.

Intervention : Incision médiane. Hystérectomie totale.

Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION XLIII (1921), page 5

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Fibrome et salpingite gauche, avec adhérences au colon descendant.

Quarante-cinq ans. Entre pour fibrome. Réglée à 15 ans et régulièrement. Une grossesse normale. Il y a 15 jours, cystite apparue brusquement. Pollakiurie. Cuisson et hématurie légère. Un retard de 8 jours, puis pertes abondantes avec des caillots et vives douleurs au bas-ventre, surtout à gauche.

Toucher : Gros fibrome plus développé à droite. Utérus mobile. Culs-de-sac libres, non douloureux. Ovaire gauche un peu douloureux.

Intervention : Pfannestiel. Hystérectomie totale.

Suites opératoires : Phlébite du membre inférieur gauche au bout de 15 jours, qui guérit après un mois. Guérison.

OBSERVATION XLIV (1921), page 214

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Fibrome mou vasculaire, a l'aspect d'évolution maligne. Hydrosalpinx double.

Trente-un ans. Réglée à 10 ans et demi et régulièrement jusqu'à 15. A 20 ans, une grossesse normale, mais pertes pendant les 3 premiers mois. Accouchement normal, mais à la suite, elle se met à perdre.

Examen. — Toucher : Utérus gros, en rétroversion. Col dévié à droite. Annexes non perçues. Pas de pertes blanches, ni de douleurs.

Intervention : Pfannestiel. Hystérectomie totale.

Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION XLV (1921), page 7

Diagnostic clinique : Utérus gros, globulé, Col effacé. — A l'intervention : Fibrome avec trompe fermée, infectée.

Vingt-neuf ans. Il y a 6 mois, accouchement et délivrance douteuse. Utérus reste gros. Pertes pendant un mois. Au

bout de 2 mois, pertes jaunâtres, douleur à la miction et aux reins. Température 40°. Inoculation de gono. Il y a 2 mois, colliques hépatiques avec vomissements et pertes rouges avec caillots et expulsion d'un corps après une période de tension de l'utérus.

Examen. — Utérus globuleux, simule rétroversion de l'utérus gravide. On pense à rétention d'un cotylédon.

Intervention : Laparatomie médiane sous-ombilicale. Hystérectomie sub-totale. Conservation de l'ovaire gauche. Appendicectomie.

Examen de la pièce : Fibrome atteint de nécrobiose. Salpingite droite. Trompe adhérente à l'appendice.

Malade revue en février 1922, va bien et a ses règles tous les mois.

OBSERVATION XLVI (1922), page 193

Diagnostic clinique : Gros utérus fibromateux. — A l'intervention : Utérus fibromateux, ancienne annexite droite, polype muqueux.

Quarante-neuf ans. Entre pour pertes rouges. Régée à 14 ans. Règles très douloureuses et très abondantes. Rougeole, coqueluche et oreillons, Chlorose à 11 ans. 3 accouchements : 1^{er} laborieux et enfant mort-né. Fièvre puerpérale fit suite, 2 autres furent normaux. 2 fausses couches. Depuis un an, règles plus abondantes et prolongées. Pertes blanches, crises douloureuses avec nausées.

Examen : Palper : Contracture de la fosse iliaque droite et à la partie inférieure un point douloureux. Rien au point de Mac Burney.

Toucher : Col regarde légèrement en arrière. Cul-de-sac postérieur déplacé et par le palper combiné, on sent utérus gros. A gauche, une masse dure. A droite, la paroi se défend.

Intervention : Pfannestiel. On fait une hystérectomie totale. Libération des adhérences à l'épiploon.

Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION XLVII (1922), page 212

Diagnostic clinique : Fibrome à forme de topinambour. —

A l'intervention : Fibrome avec annexite latente.

Cinquante-deux ans. Malade fut opérée dans le service, en 1921, pour le polype utérin. Depuis sa sortie, pertes continues et surtout depuis deux mois. Pas de troubles urinaires.

Examen. — Abdomen soulevé par une masse dont la saillie est au-dessous de l'ombilic. Cette masse est trilobée, une sphéroïde dure, irrégulière et médiane, deux autres masses sont dans les fosses iliaques et arrondies.

Toucher : Col est entraîné par cette masse. Par la mobilisation de la masse, on sent une impulsion dans le cul-de-sac droit et dans le Douglas. Col dur irrégulier et dévié à droite.

Intervention : Incision médiane. Hystérectomie totale.

Suites opératoires simples et guérison.

OBSERVATION XLVIII (1924), page 50

Diagnostic clinique : Fibrome avec réaction péritonale. —

l'intervention . Fibrome avec salpingite double.

Quarante-un ans. Entre pour une appendicite. Régulée à 18 ans. Une fausse couche de 3 mois. Il y a un mois, pertes et douleurs.

Examen. — Palper : Grosse tumeur dure à droite.

Toucher : On n'arrive pas à atteindre le col utérin.

Intervention : Hystérectomie totale et appendicectomie.

Examen de la pièce : Utérus allongé et refoulé en arrière par énorme fibrome interligamenteux. Salpingite double.

Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION XLIX (1922), page 282

*Diagnostic clinique : Fibrome utérin. — A l'intervention :
Fibrome et salpingite nodulaire typique.*

Cinquante-un ans. Entre pour pertes avec des caillots. Réglée à 13 ans et régulièrement, mais toujours douloureuses. Pertes blanches entre les règles. A 24 ans, dilatation par M. Polosson. De 22 à 28 ans, pertes abondantes au moment des règles. Pendant 9 ans, pertes diminuent. Depuis un an, réapparaissent avec des caillots. Douleurs s'irradiant dans les cuisses.

Examen. — Toucher : Utérus globuleux gros. Col non ouvert. Une bosselure douloureuse au niveau de la corne gauche.

Intervention : Hystérectomie fundique. Conservation de l'ovaire droit.

Suites opératoires : Retour des règles au bout de 17 jours de l'opération. Guérison.

OBSERVATION L (1922), page 71

Diagnostic clinique : Fibrome enclavé pelvien ayant déterminé l'ascension de la vessie et ainsi la rétention. — A l'intervention : Fibrome développé aux dépens de la paroi postérieure. Pelvi-péritonite autour de l'annexite, qui a déterminé des brides adhérentes au colon-pelvien.

Quarante ans. Entre parce qu'elle urine par regorgement. Réglée à 14 ans. A l'âge de 15 ans et pendant 3 années de suite, de mai à juin, a ressenti des douleurs abdominales. Elles disparaissent sans laisser de traces. Un enfant. Pas de fausses couches. A partir de 38 ans, règles sont plus abondantes, prolongées et avec des caillots. Il y a 2 ans, apparition de douleurs dans la fosse iliaque gauche. Il y a 8 jours, rétention brusque d'urine et colique et, depuis, urine par regorgement.

Examen : Vessie pleine et remonte jusqu'à l'ombilic. On retire 3 litres d'urine.

Toucher : Col abaissé, entr'ouvert. Utérus globuleux, de volume de tête d'enfant. On ne perçoit pas d'annexes. Température 37°4. Léger frisson.

Intervention : Pfannestiel. Hystérectomie totale.

Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION LI (1923), page 154

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Fibrome, annexite double. Ovaire droit kystique.

Trente-sept ans. Entre pour métrorrhagie. Réglée à 14 ans. Un accouchement normal. Pas de fausses couches. Depuis 4 mois, les règles sont plus abondantes et douloureuses. Miction pénible et douloureuse. Difficulté d'aller à la selle. Il y a un mois, pertes continuelles.

Examen. — Rien de noté.

Intervention : Pfannestiel. Hystérectomie totale avec salpingectomie gauche.

Suites opératoires : Suppuration de la paroi. Guérison.

OBSERVATION LII (1923), page 163

Diagnostic clinique : Fibrome. — A l'intervention : Fibrome avec hématosalpinx adhérent à l'S iliaque.

Cinquante-trois ans. Entre pour douleurs lombaires et au bas-ventre. Diphtérie dans l'enfance. Réglée à 14 ans. Jusqu'à 48 ans, règles normales et depuis elles augmentent de durée et d'abondance. Pertes rouges avec caillots sentant mauvais. Pollakiurie surtout nocturne. Depuis 51 ans, pertes sont encore plus abondantes.

Examen. — Rien de noté.

Intervention : Pfannestiel. Hystérectomie totale.

Examen de la pièce : Fibrome sous-séreux et, dans la cavité utérine, plusieurs fibromes sous-muqueux. Hématosalpinx gauche.

Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION LIII (1923), page 174

Diagnostic clinique : Fibrome et hernie inguinale gauche irréductible. — A l'intervention : Annexite bilatérale, adénomyome de la trompe.

Quarante-huit ans. Entre pour douleurs apparues au niveau de sa hernie, il y a 15 jours. Il y a un an qu'elle a aperçu une grosseur à ce niveau. Il y a 3 ans qu'elle perd abondamment et avec caillots. Un accouchement normal. Pas de fausses couches. Pollakiurie et constipation.

Examen. — Rien de noté.

Intervention : Cure de la hernie, qui est un lipome propéritonéal. Castration totale.

Suites opératoires normale et guérison.

OBSERVATION LIV (1924), page 23

Diagnostic clinique : Fibrome douloureux. — A l'intervention : Fibrome avec hématosalpinx et adénomyome des cornes.

Quarante ans. Entre pour fibrome. Réglée à 10 ans. Fièvre typhoïde à 10 ans. Un accouchement normal. Une fausse couche. Depuis un an, les règles sont plus abondantes, contiennent des caillots et durent 8 à 12 jours.

Examen. — Toucher : Col long, très dur, entr'ouvert. Utérus fibromateux topinambour. Cul-de-sac gauche indolore. Cul-de-sac droit douloureux. Troubles urinaires.

Intervention : Epiploon et péritoine passent au devant de l'utérus et adhèrent au repli vésico-utérin. Hystérectomie totale.

Suites normales.

III

**Cas où le fibrome était découvert à l'opération
alors qu'on croyait cliniquement
uniquement à des lésions annexielles.**

OBSERVATION LV (1919-20), page 8

Diagnostic clinique : Ancienne annexite double. — A l'intervention : Hydrosalpine droit, ovarite scléro-kystique et adéno-fibrome à l'abouchement tubaire.

Trente-neuf ans. Entre pour troubles digestifs et irrégularité des règles. Réglée à 14 ans et régulièrement. Ni enfant ni fausses couches. Innoculation de gono par son mari. Douleur au bas-ventre et cystite purulente il y a 7 ans. Douleur au point de Mac Burney.

Intervention : Pfannestiel. Signes de pelvi-péritonite récente. Opération conservatrice. A droite : Salpingectomie et enlèvement de l'ovaire ; à gauche : Salpingostomie et conservation de l'ovaire.

Suites opératoires normales.

Malade revue en bon état. Ses règles sont régulières. Ses annexes gauches perçues dans le Douglas.

Un cas que nous avons trouvé dans les observations appartenant à la clientèle de M. Tixier.

IV

a) **Fibrome pédiculé ayant simulé l'annexite.**

OBSERVATION LVI (1906), page 337

Diagnostic clinique : Fibrome et annexite. — A l'intervention : Gros fibrome avec deux petits fibromes pédiculés, dont un tordu et sphacélé.

Quarante-trois ans. — Entre pour douleurs abdominales, vomissement et suppression des selles. A 25 ans, une fausse couche, qui l'obligeât de se soigner pendant 8 mois. Pertes dans l'intervalle des règles. Température 39°2.

Examen. — Palper : Douloureux et fait sentir une tumeur sous-ombilicale lisse et arrondie.

Toucher : Utérus dur, mobile avec la tumeur, qui ne paraît pas fluctuante.

Intervention : Castration totale.

Suites opératoires simples et guérison.

Malade revue en 1907 : va tout à fait bien.

b) **Fibrome intra-ligamenteux ayant simulé l'annexite.**

OBSERVATION LVII (1919, page 79

Diagnostic clinique : Fibrome et annexite. — A l'intervention : Fibrome intraligamenteux ayant refoulé l'uretère en haut contre le ligament infundibulo-pelvien.

Pas d'antécédents.

Examen. — Toucher : Utérus bosselé et solidement fixé dans le pelvis. Annexite double et très adhérente.

Intervention : Hystérectomie abdominale totale.

Suites opératoires : Décès par occlusion de l'angle gauche de colon, due à une péritonite torpide, qui a déterminé une coudure de l'angle, siège de vieilles adhérences tuberculeuses probables.

V

a) **Annexite ayant simulé un fibrome.**

OBSERVATION LVIII (1907), page 465

*Diagnostic clinique : Annexite droite. Utérus fibromateux. —
A l'intervention : Annexite droite.*

Trente-cinq ans. Entre pour les douleurs et pertes. A eu la variole dans l'enfance. Régulée à 13 ans. 4 grossesses, dont 2 fausses couches. A la suite de sa grossesse, métrite avec température élevée et poussée de rhumatisme. Troubles digestifs et migraines. Palpitations cardiaques. Troubles menstruels et caillots. Leucorrhée. Réaction péritonéale durant 10 jours.

A l'entrée : Troubles de la miction et constipation. Œdème des membres inférieurs. Température 37°8.

Examen : Toucher : Col mobile entr'ouvert, lèvre supérieure endurcie. Il s'agit d'un fibrome interstitiel. Douleur à l'annexe droite.

Intervention : Pfannestiel. Castration totale.

Suites opératoires : Broncho-pneumonie le lendemain de l'opération. Guérison.

OBSERVATION LIX (1913), page 64

Diagnostic clinique : Annexite. — A l'intervention : Petit fibrome. Pyosalpinx droit et annexite gauche.

Quarante ans. Entre pour douleur abdominale datant de 7 semaines, et surtout à gauche.

Réglée régulièrement. Ni enfant, ni fausse couche. Douleur au ventre depuis longtemps. Pertes blanches. Température 38°4. Malade a été prise brusquement de douleurs, il y a 7 semaines et depuis, elles sont continuelles. On fait le diagnostic d'abcès gauche, qu'on ouvre dans un autre hôpital. Abcès droit s'ouvre spontanément. Crise violente, avec péritonite enkystée. Drain dans le vagin.

Examen. — Abdomen souple.

A gauche : Grosse masse arrondie, dure et mobile, peu douloureuse.

A droite : Un empatement généralisé.

Toucher : Très douloureux. Utérus gros. Grosse masse à droite bombant dans le cul-de-sac. Douleur très vive.

Intervention : Pfannestiel. Castration totale.

Suites opératoires normales et guérison.

b) Fibrome et annexite ayant simulé :
tumeur de l'ovaire (obs. L) ;
tumeur de gros intestin (obs. LXI, LXIII) ;
la grossesse extra-utérine.

OBSERVATION LX (1909), page 285

Diagnostic clinique : Tumeur néoplasique double de l'ovaire.
— A l'intervention : Fibrome et annexite double.

Cinquante-sept ans. Entre pour tumeur abdominale. Non mariée, encore vierge. Toujours a été bien réglée. Ménopause à 50 ans. Amaigrissement, migraines, constipation, surtout depuis sa tumeur.

Examen. — Palper : On sent une tumeur bilobée occupant les 2 fosses iliaques et remontant jusqu'à l'ombilic. A gauche, elle est plus ronde et douloureuse.

Toucher : Difficile à cause de l'hymen.

Par un doigt, on sent l'utérus adhérent à deux tumeurs.

Température 38°-39°. Pouls 100.

Intervention : Hystérectomie abdominale totale.

Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION LXI (1913), page 146

(Obs. dans la thèse de Burlaton, 1919.)

Diagnostic clinique : Tumeur du haut rectum. — A l'intervention : Utérus porte deux fibromes pédiculés sous-séreux, l'un droit, mobile ; l'autre, plus petit et enclavé par la trompe fermée, siège d'une vieille annexite fibreuse. Une brèche de pelvi-péritonite constituait le rétrécissement du rectum. Le toucher rectal, pratiqué par un aide, pendant l'intervention, montre l'absence de tumeur rectale.

Malade envoyée par le Docteur Devic, pour néo du rectum.

Cinquante ans. Réglée à 13 ans et régulièrement. Un enfant et une fausse couche. Ménopause il y a 2 mois.

Il y a 2 à 3 ans, alternativement, constipation et diarrhée. Actuellement, constipation depuis 5 mois. Besoins douloureux.

Examen. — Rein droit prolabé.

Toucher rectal : A 10 centimètre de l'anus, on sent une tumeur pédiculée et sur la paroi antérieure du rectum. Elle est sous-muqueuse, irrégulière et mobile, ne saigne pas.

Toucher vaginal : Cul-de-sac souple. Utérus en rétroversion.

Intervention : Incision médiane. Castration totale. Appendicectomie.

Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION LXII (1914), page 217

Diagnostic clinique : Suppuration d'une grossesse extra-utérine. — A l'intervention : Fibromes multiples. Au niveau de l'abouchement tubaire, petit adénome. A gauche, salpingo-ovarite et atrophie de la trompe fermée.

Trente-six ans. Réglée à 13 ans, mariée à 18 ans. Une grossesse : enfant né à 7 mois $\frac{1}{2}$. Il y a 17 ans que la maladie a débuté, au moment de son accouchement. Douleur au bas-ventre, surtout à gauche. Absence des règles pendant 2 mois.

Intervention en 1918 : A l'ouverture du ventre, sang noirâtre, ressemblant à l'hématocèle. H. totale. Drainage vaginal. Fermeture totale.

Suites opératoires normales et guérison.

OBSERVATION LXIII (1908), page 209

Diagnostic clinique : Néo de l'extrémité inférieure du colon sigmoïde. — A l'intervention : Utérus fibromateux. Hydro-salpinx double avec réaction de péritonite plastique, donnant une adhérence très intime de l'S iliaque avec le bord supérieur du ligament large.

Cinquante-cinq ans. Entre pour douleurs abdominales et lombaires, avec ténésme rectal. Troubles digestifs et altération de l'état général.

Examen. — Abdomen souple. Dans la fosse iliaque gauche un empâtement profond et douloureux.

Toucher rectal : On sent, au-dessus de l'ampoule, une masse mollassse douloureuse et indépendante de l'utérus.

Intervention : Laparatomie médiane. Hystérectomie totale.

Suites opératoires normales et guérison.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Il existe deux tableaux cliniques parfaitement distincts. Dans l'un, le fibrome est absolument ignoré — l'annexite seule attire l'attention — c'est le type annexite. Dans l'autre, le fibrome, connu, s'accompagne de lésions annexielles, dont l'importance clinique est variable : type fibrome.

I. — Type annexite (Obs. II, VIII, XI, XIV, XV, XVI, XXXIX, XLII). — Avant tout, les malades de cette catégorie ont un passé douloureux. Non pas seulement la douleur au moment des règles, qui peut être le fait d'un hydrosalpinx, d'une ovarite scléro-kystique, mais la crise abdominale vraie, quelquefois même avec une fièvre notable accompagnant la crise (Obs. XV, XVI), ou provoquée par un examen ou un lavement (Obs. II). Les antécédents n'accusent souvent aucune infection gono ou postabortive.

L'examen révèle l'existence d'une annexite simple ou double, l'utérus un peu gros, comme il est toujours dans ces cas, n'attire pas l'attention. On porte le diagnostic d'annexite.

A l'opération, deux cas se présentent :

Quelquefois, il existe un fibrome de taille appréciable (Obs. XV : gros fibrome), mais souvent, il s'agit d'une petite tumeur sous-péritonéale (Obs. LIX), plus fréquemment encore, l'utérus paraît gros, et nombreux sont les cas où l'opération semble confirmer le diagnostic.

Ce simple examen ne suffit pas. L'ouverture de la cavité montre, dans beaucoup d'observations de ce genre, l'existence d'une tumeur du fond (Obs. II, XI), ou d'un fibrome sous-muqueux, ou de fibromes interstitiels (Obs. XIV). Parfois même, au niveau de la corne, on peut trouver un petit noyau fibromateux, qui coude le canal tubaire sur sa sphère, ou même un véritable adénomyome des cornes utérines, décrit par Apostolides, dans sa thèse. (Obs. XXXIX, XLII).

On pourrait dire de toutes ces observations qu'elles montrent la fréquence des fibromes dans certaines annexites. En tous cas, avec une symptomatologie nettement annexielle, nous constatons l'existence régulière de cet état particulier de l'appareil génital : à côté d'annexes malades, un utérus fibromateux avec des noyaux de siège différents et une muqueuse tomenteuse et irritée.

II. Type fibrome. — Il s'agit d'un fibrome cliniquement diagnostiqué ; à côté de lui, les annexes malades occupent une place plus ou moins importante : degré des lésions, virulence de l'infection, réaction péritonéale, retentissement sur les organes voisins ; autant de causes qui peuvent faire de l'annexite un simple épiphénomène ou une véritable complication.

a) L'annexite est un épiphénomène. (Obs. XVIII, XXII, XXV, XXVII, XXVIII, XL, XLI, XLVIII, L, LII, LIII, LIV.)

La malade vient consulter pour « son » fibrome. A l'interrogatoire, il semble seul dominer l'histoire gynécologique. A l'examen, il occupe toute la place. L'annexite disparaît dans l'histoire clinique et reste introuvable au toucher. Il est bien rare de pouvoir la dépister et plus rare encore de préciser sa nature. L'opération est souvent une véritable révélation. On est étonné à la fois du volume de la lésion et de sa nature souvent nettement infectieuse. (Obs. XXIII, XXXVI, XLI, XXIX, LII, LIV) hématosalpinx ; Obs. XXV, XXVII, XL) pyosalpinx.

A la vérité, ces lésions, pour peu appréciables qu'elles soient à l'examen peuvent néanmoins être soupçonnées cliniquement. Les femmes qui tolèrent leur fibrome avec ses inconvénients divers : pertes, volume, troubles digestifs ou petits inconvénients vésicaux, sont très nombreuses. Celles qui viennent au chirurgien ont cessé de vivre en bon accord avec leur tumeur, parce que celle-ci s'est compliquée. Ces annexites épiphénomènes sont toutes des complications

en puissance, et pour un observateur éveillé, elles compliquent déjà la lésion primitive. L'apparition de la douleur, la température, recherchées soigneusement, sont des signes révélateurs. Excepté les fibromes de l'isthme et les adénomyomes des cornes, on peut dire qu'un fibrome n'est pas douloureux ; s'il le devient, c'est qu'il s'est compliqué. L'annexite est souvent en cause ; toutes nos observations en font foi.

Un fibrome non infecté ne s'accompagne pas de fièvre. L'apparition de cette dernière indique une poussée septique et très souvent ce sont les annexes qui en sont le point de départ.

Mais, tandis que ces deux derniers signes : la douleur et la température demandent à être recherchées dans les observations ci-dessus, ils s'imposent nettement dans celles que nous allons étudier maintenant.

b) L'annexite est une complication. (Obs. I, II, IV, V, IX, X, XII, XIII, XVII.)

Dans notre statistique, c'est un fait bien moins fréquent que le précédent. Ici, la douleur ne manque jamais ; l'examen montre un point douloureux, fréquemment à gauche ; la délimitation de la lésion annexielle n'est cependant pas toujours bien aisée. L'intervention confirme les soupçons : il y a souvent de véritables poches de pus, avec une réaction péritonéale, agglutinant les annexes à l'utérus et s'étendant sur le côlon sigmoïde, sur les anses grêles, l'épiploon et la vessie.

CHAPITRE IV

Complications.

Le fibrome est accompagné de tout un cortège d'importance variable. La constipation, les troubles gastro-intestinaux, les petites misères vésicales, les pertes sont autant d'inconvénients que le malade supporte. Mais ils peuvent prendre une importance notable dans le tableau clinique et parfois même le dominer. Amenés par l'annexite, ils sont, au fibrome, les complications de cette complication.

1) *Tube digestif*. — Certaines malades se plaignent de maux d'estomac imprécis. D'autres accusent des troubles intestinaux : diarrhées, entérocologie, constipation rebelle à tout traitement.

A l'opération, il n'est pas rare de voir, collées aux annexes ou à l'utérus, les diverses portions de l'intestin, dont l'adhérence peut expliquer ces troubles et dont la libération n'est pas sans danger.

Mais, parfois, il s'agit de véritables déguisements symptomatologiques. Burlaton, dans sa thèse, cite un cas (Obs. LXI), où l'on pensait à une tumeur du haut rectum : en réalité, utérus fibromateux et hydrosalpinx double.

La malade de l'Observation VI présentait un symptôme d'occlusion : fibrome avec annexite gauche ayant amené la formation d'une bride coudant l'intestin.

2) *Vessie.* — Il peut s'agir d'une simple pollakiurie (Obs. X, XXXVIII, XLIII, LII, LIII), parfois de véritable rétention d'urine. Ces troubles peuvent être le fait d'un fibrome antérieur irritant la vessie, ou d'une tumeur postérieure bloquant le col vésical contre la symphyse. Mais il peut s'agir aussi de brides inflammatoires, dont l'origine est dans les annexes et unissant l'épiploon à la vessie (Obs. VIII, XXXVIII).

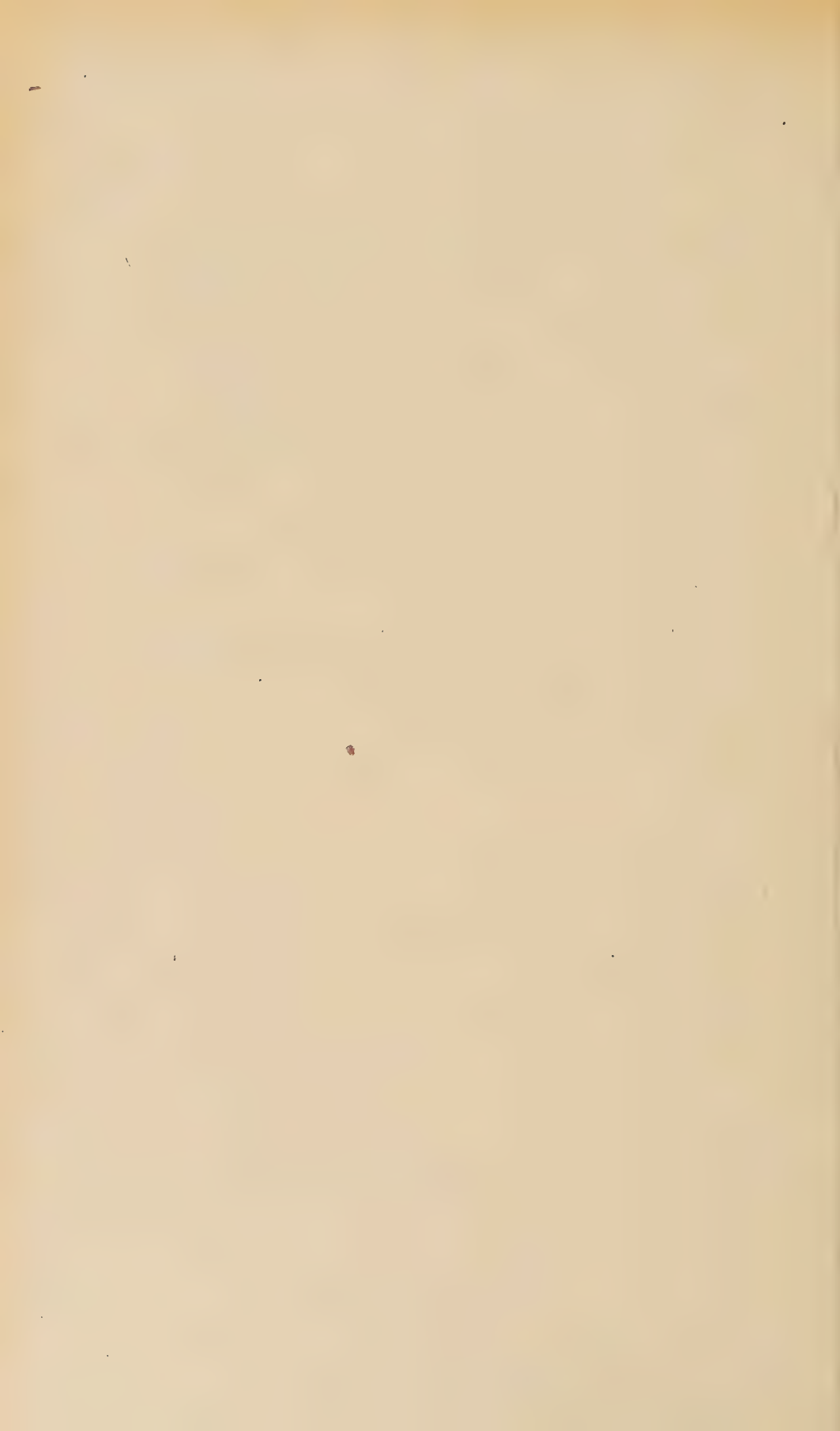
3) *Extension de l'infection.* — L'adhérence des annexes malades aux organes voisins permet l'infection de ces derniers. Il peut aussi arriver qu'une poche purulente s'ouvre dans la vessie, le vagin ou le rectum. (Obs. LIX, ouverture dans le vagin.)

On peut aussi supposer, bien que nous n'en ayons aucune observation, que l'adhérence des anses à un fibrome doit souvent être la cause de gangrènes septiques.

Enfin, l'infection chronique de la cavité génitale créé dans tout l'appareil un état particulier. Au ni-

veau de l'utérus, la muqueuse devient rougeâtre, mollesse, se plisse, saigne et souvent se créent de véritables polypes muqueux, que Michon a décrit dans sa thèse en montrant leur valeur symptomatique. Ils sont le reflet de cet état particulier de l'appareil génital, et quand ils sont diagnostiqués, ils permettent de déduire les autres lésions : fibromatose, annexite... La traduction clinique de cet état est une espèce de septicémie, avec température, accompagnée de pertes abondantes ; et c'est ainsi que des malades qui perdaient peu, sont amenées à consulter par l'augmentation de leur métrorragie et par l'altération de leur état général.

Nous citerons enfin, à titre de mémoire, quoique nous ne l'ayons jamais rencontrée, la rupture de la poche annexielle.



CHAPITRE V

Diagnostic.

Il se présente avec des difficultés d'importance variable.

1° Si l'affection se présente sous la forme d'une annexite, le diagnostic est délicat. On peut parfois, à côté des masses annexielles, sentir un utérus gros et bosselé. Le seul point à discuter serait, dans ce cas, les tumeurs des ovaires accompagnant un fibrome. La température serait pour beaucoup un signe différentiel : nous ne pensons pas qu'il soit absolu ; il y a des tumeurs de l'ovaire avec température.

Plus souvent, l'examen ne permet aucune précision sur l'état de l'utérus ; on peut attribuer une certaine valeur à l'existence de toute infection génitale dans les antécédents de la malade. De même, l'existence d'un point douloureux au niveau d'une corne peut faire supposer l'adénomyome. Ce sont des signes relatifs.

Aussi bien, dans ces cas, l'état de l'utérus est-il négligeable ; l'existence de l'annexite est indiscutable et les indications opératoires impérieuses.

2° Il n'en est pas de même lorsque le fibrome est cliniquement décelable.

a) On peut déceler à ses côtés des tuméfactions latéro-utérines et discuter alors le diagnostic de fibrome sous-séreux pédiculé, qui est cependant, en général, moins sensible à la pression, plus dur, plus régulier et s'accompagne ordinairement de ménorragies (Obs. LVI).

De même, on peut discuter le diagnostic avec le fibrome intraligamenteux (Obs. LVII), qui permet parfois de sentir les annexes à ses côtés, ou encore avec une tumeur de l'ovaire, qui se distingue par la limitation de leurs contours, par leur forme plus arrondie et par l'absence de poussée douloureuse.

Malgré tout, la confusion est possible, et ce n'est qu'à l'opération qu'on fait ce diagnostic exact.

La recherche d'une poussée thermique fera supposer l'infection, ainsi que la réaction péritonéale. On peut alors faire le diagnostic de fibrome compliqué, si l'on ne peut préciser davantage la nature utérine ou annexielle de cette complication.

b) On peut rencontrer dans le pelvis un utérus énorme et encombrant. C'est alors que la douleur, la fixité et la sensibilité du Douglas, ces élévations thermiques, souvent minimales, les crises abdominales per-

mettent de soupçonner, à côté de ce gros fibrome, une annexite plus dissimulée, mais plus bruyante.

C'est ici également qu'il faut prendre garde aux symptômes de sténose. La constipation rebelle, la sub-occlusion ne sont pas le fait d'un fibrome simple. Les crises de rétention, que n'explique pas un gros fibrome postérieur, la pollakiurie que n'accompagne pas une tumeur antérieure couchée sur la vessie, sont des signes d'adhérences péritonéales ou épiploïques.

c) Enfin, dans un certain nombre de cas, le fibrome seul est diagnostiqué. Les antécédents n'ont pas révélé de signes nets. L'examen reste muet ou douteux. ou bien les quelques signes de complications sont mis sur le compte du fibrome. L'opération seule met la lésion en évidence, et nous avons vu qu'il s'agit souvent de lésions importantes. Ou bien encore, il s'agit d'erreurs de diagnostic : le fibrome a été pris pour une tumeur de l'ovaire, du rectum (Obs. LXI), une annexite a pu être diagnostiquée fibrome.

CHAPITRE VI

Pronostic et Traitement.

Le pronostic du fibrome compliqué d'annexite est plus grave, au point de vue de son évolution propre, puisque les dangers de l'annexite s'ajoutent à ceux du fibrome.

Au point de vue opératoire, les risques sont moindres, peut-on dire, dans le cas de fibrome avec annexite, comme si le péritoine, déjà aguerri, supportait mieux le choc opératoire. A condition toutefois que la pelvi-péritonite soit couverte par le gros intestin. Les adhérences avec le grêle doivent faire réserver le pronostic.

Nous relevons quatre décès dans notre statistique. Ce chiffre paraît assez fort, mais en regardant les observations, on ne peut pas incriminer le fibrome ou l'annexite : dans l'Obs. XXX, où il s'agit d'une plicature des uretères.

Il semble donc que seuls trois décès puissent être attribués à l'infection : deux par complications pul-

monaires (Obs. XX : décès au bout de deux jours, Obs. XXXIX : mort dix jours après l'opération) ; un par complication péritonéale : coudure de l'angle gauche (Obs. LVII).

Mais si l'on aborde le problème aujourd'hui discuté des indications thérapeutiques en général, il nous semble que la question de l'annexite devient capitale.

Si l'opération reste nettement indiquée pour tous les cas où l'annexite est cliniquement reconnue, qu'elle paraisse seule exister ou qu'elle accompagne le fibrome ; la discussion reste ouverte pour les cas de fibrome cliniquement isolé. On a pu, lorsque la forme du fibrome s'y prête, discuter l'indication d'un traitement par le radium.

Il n'y a pas grand inconvénient, dans ces cas, à méconnaître une annexite scléro-kystique ; mais il y en a beaucoup à irradier, en même temps que la tumeur, des annexes suppurées. Nous avons montré la fréquence des annexites latentes, et leur nature souvent purulente. 35 fois sur 61, l'annexite reste cliniquement inconnue. 4 fois, c'est un pyosalpinx ; 5 fois, un hématosalpinx ; 6 fois, un hydrosalpinx ; 20 fois, une annexite dont on ne précise pas la nature, mais toujours inflammatoire.

Conclusions.

I. — Les auteurs reconnaissent la fréquence des annexites au cours du fibrome. Toutefois les chiffres indiqués varient entre 10 % et 59 % (Daniel).

II. — Se basant sur une statistique personnelle, avec observations spécialement détaillées à ce point de vue, M. Tixier arrive à une proportion de 25 %.

III. — Ces grandes variations de chiffres, que l'on trouve chez les différents auteurs, viennent de ce que très souvent, sur les pièces opératoires, on ne cherche pas systématiquement les lésions annexielles.

IV. — En effet, dans une proportion de 60 %, c'est seulement pendant l'opération que l'on découvre les lésions annexielles et l'inflammation des ovaires.

V. — Or, la connaissance précise de ces complications salpingo-ovariennes devient de plus en plus indispensable, alors que le traitement physique est mis actuellement en parallèle avec le traitement chirurgical des fibromes utérins.

VI. — Au point de vue clinique, deux formes typiques :

a) Forme annexielle, suppuration pelvienne, avec, souvent, un fibrome inconnu.

b) Fibrome cliniquement reconnu : l'annexite est une complication.

VII. — C'est dans ces cas que cette constatation est capitale au point de vue des indications thérapeutiques, car seul le traitement chirurgical est alors de mise. Nous préconisons systématiquement l'hystérectomie totale, avec castration totale.

Au point de vue chirurgical, l'existence d'annexite n'aggrave pas le pronostic opératoire des fibromes utérins, en tant que source de complications septiques péritonéales. Mais, dans les cas de salpingo-ovarites suppurées coexistentes, on doit redouter, comme suite de l'opération, les complications vasculaires avec grande phlébite du membre inférieur (2 cas Obs, XLIII et un cas dans la clientèle privée), ou petite phlébite pelvienne, source d'embolies pulmonaires (Obs. III.).

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 Mai 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

